

Anhang C: Einwilligungserklärung



CHARITÉ · D-10098 BERLIN

Zertifiziert als Trainingszentrum für
Gastroenterologie vom
European Board of Gastroenterology



Zertifiziert von der
Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Einwilligungserklärung zur vorliegenden Befragung

Evaluation von Gründen für die verzögerte Diagnosestellung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Medizinische Klinik m. S.
Hepatology und Gastroenterologie &
Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum:
Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel
Augustenburger Platz 1
D-13353 Berlin
Direktor: Prof. Dr. B. Wiedenmann
Telefon (030) 450 553 022
Telefax (030) 450 553 902

Studienärzte:
Prof. Daniel C. Baumgart
Dr. Anja Schirbel

23.04.2012

Version Berlin, den 23.04.2012

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name:

Adresse:

Geburtsdatum des/der Teilnehmers/in:

Patientencode-Nr.:,

dass ich durch
(Name des/der Studienarzt/Studienärztin),

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Studienarzt/Studienärztin zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Teilnehmerinformation (Versionsdatum 23.04.12) verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Sekretariat des Klinikdirektors - R. Blecher
Tel.: (030) 450 - 553022
Fax: (030) 450 - 553902

Forschungsssekretariat
M. Szob-Emus
Tel.: (030) 450 - 553042
Fax: (030) 450 - 553942

Sekretariat ENETS - E. Zach
Tel.: (030) 450 - 553096
Fax: (030) 450 - 553902

Sekretariat für Klinische Studien
Neuroendokrine Tumoren-Sprechstunde
Prof. Dr. M. Pavel
A. Lischewsky
Tel.: (030) 450 - 553142/553032
Fax: (030) 450 - 553970

Neuroendokrine Tumoren Studienzentrale
Prof. Dr. M. Pavel
A.-K. Ruhmer/S. Steglich
Tel.: (030) 450 - 553779
Fax: (030) 450 - 553977

Gastroenterologische Onkologie
Prof. Dr. B. Wiedenmann
Tel.: (030) 450 - 553032
Fax: (030) 450 - 553902

Hepatologische Poliklinik
PD Dr. E. Schott
Sekretariat - S. Niederhausen
Tel.: (030) 450 - 553071
Fax: (030) 450 - 553903

Chronisch entzündliche
Darmerkrankungen/
Prof. Dr. D. C. Baumgart
Tel.: (030) 450 - 553277
Fax: (030) 450 - 553983

Kurzdarm-Sprechstunde
Dr. U.-F. Pape
Tel.: (030) 450 - 55 31 03
Fax: (030) 450 55 39 42

Gastrointestinale Motilitäts-
und Funktionsstörungen
Dr. I. van der Voort
Tel.: (030) 450 - 553640
Fax: (030) 450 - 553943

Endokrinologie und Stoffwechsel/
Diabetes - Tagesklinik
PD Dr. U. Plöckinger
Tel.: (030) 450 - 553814
Fax: (030) 450 - 553944
Prof. Dr. M. Pavel
Tel.: (030) 450 - 553304
Fax: (030) 450 - 553950

Zentrale Interdisziplinäre Endoskopie
Dr. W. Veltzke-Schlieker
Tel.: (030) 450 - 553479
Fax: (030) 450 - 553902

Gastroenterologisches Forschungslabor
AG Signaltransduktion
und Zellzyklusaktivierung
Dr. K. Detjen
Tel.: (030) 450 - 559649
Fax: (030) 450 - 559949

AG Molekulare Biologie
Dr. C. Gröttinger
Tel.: (030) 450 - 559488
Fax: (030) 450 - 559997

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin
Körperschaft des Öffentlichen Rechts
Schumannstr. 20/21 • D-10117 Berlin • Telefon: 030/450-50 • Internet: www.charite.de

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie teilzunehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung- und Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben durch den Studienarzt erhoben pseudonymisiert auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Auch erkläre ich mich einverstanden, dass meine vorgenannten Daten in pseudonymisierter Form an das Koordinierungszentrum für Klinische Studien der Charite – KKS Charite (Sitz Campus Virchow Klinikum, Augustenburger Platz 1, Ostring 1, 13353 Berlin) zum Zweck der o.g. Studie übermittelt werden dürfen.

Berlin, den

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Teilnehmer/in am über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Berlin, den

Unterschrift des/der aufklärenden Prüfarztes/-ärztin

Versionsdatum 23.04.2012